

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE
DU LIPOME
DE LA CUISSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Avril 1899

PAR PAUL MERCIER

Né à Bessèges, le 6 juillet 1874

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (*)..... ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv...	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (*).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	DEROUVILLE, agrégé
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire*; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. DE ROUVILLE, <i>agrégé</i> .
TEDENAT, <i>professeur</i> .	LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ces Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

PAUL MERCIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FORGUE

A MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

PAUL MERCIER

INTRODUCTION

Comme notre titre l'indique, ce n'est pas une étude générale du lipome que nous voulons faire. Une telle entreprise, outre qu'elle serait au dessus de nos forces, tant au point de vue du temps que des connaissances surtout anatomopathologiques, ne présenterait pas grand intérêt. Il nous serait bien difficile, impossible plutôt, d'ajouter tant soit peu aux connaissances accumulées sur ce sujet dans la seconde moitié de ce siècle.

Notre but est infiniment plus modeste. C'est vers des points de détail, des particularités dans la symptomatologie, la pathogénie, l'évolution et le diagnostic de ces tumeurs que nous voulons faire porter notre étude. Ces notions, nous les trouvons, la plupart, signalées dans les auteurs classiques comme inhérentes aux lipomes en général. Les lipomes de la cuisse nous ont paru présenter surtout quelques-unes de ces particularités intéressantes.

Elles se sont rencontrées dans les observations que nous avons eues sous les yeux et c'est d'elles que notre travail tiendra son principal intérêt.

L'idée première de cette étude nous a été suggérée par M. le Professeur Forgue. Il nous a fourni notre première observation, certainement des plus intéressantes et des plus riches en détails cliniques. Qu'il nous soit permis d'adresser à ce Maître, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, l'hommage de notre profonde gratitude.

De tous les maîtres éminents dont nous avons reçu les leçons, pendant nos études à la Faculté de Médecine, nous conserverons un respectueux souvenir.

Nous remercions nos Maîtres des Hôpitaux de Nîmes de leurs conseils pratiques qui nous ont permis de parfaire notre éducation médicale. MM. les Docteurs Reboul, Gauch et Jourdan ont à ce point de vue droit à notre reconnaissance.

Nous devons aussi à M. le Docteur Reboul de nombreuses observations personnelles et inédites qu'il a eu la très aimable bonté de nous communiquer. Nous le prions d'agréer nos très vifs et très sincères remerciements.

Notre ami, M. le docteur Jeanbrau, chef de clinique chirurgicale, a bien voulu nous aider de ses conseils dans la rédaction de ce travail. Nous l'en remercions vivement.

Enfin, c'est pour nous un grand plaisir de renouveler aux camarades excellents que nous avons eus à l'internat de Nîmes et à Montpellier l'assurance de notre profonde amitié.

DIVISION DU SUJET

Nous donnerons d'abord une vue d'ensemble de nos connaissances sur l'anatomie pathologique du lipome.

Nous étudierons ensuite dans une série de six chapitres la pathogénie et l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution et les transformations, le diagnostic, le traitement des lipomes : mais ici nous aurons le soin d'insister particulièrement sur les points qui nous ont paru spéciaux aux lipomes de la cuisse.

Enfin après avoir cités quelques faits nous terminerons par la simple énumération de quelques conclusions tirées de l'étude de ces faits.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LIPOME DE LA CUISSE

CHAPITRE I

Anatomie pathologique

« Une tumeur caractérisée par l'hyperplasie du tissu cellulo-adipeux limitée à une région et par l'hypertrophie de l'élément cellulaire de ce tissu », tel est le résumé de la note de Verneuil à la Société de biologie en 1854, telle est l'idée la plus nette qu'on puisse se faire du lipome.

Examen macroscopique

A l'œil nu, le tissu lipomateux ne se différencie guère du tissu graisseux ordinaire et, bien des fois, dans l'extirpation de lipomes diffus, l'on est embarrassé pour délimiter d'une façon ferme la tumeur. Le lipome présente sur toute sa surface des saillies nombreuses et arrondies d'un beau jaune brillant. Dans les sillons qui séparent ces saillies, rampent les vaisseaux nourriciers, veines et artères. Tantôt ces vaisseaux ne naissent

que d'un point de la périphérie ; la tumeur est alors pédiculée. Tantôt, au contraire, ils l'abordent en des points différents de son pourtour ; c'est généralement le propre des lipomes diffus.

Le tissu conjonctif forme souvent tout autour de la tumeur une sorte de coque, de capsule, d'où l'on a pu facilement l'énucléer. D'autres fois, ce même tissu conjonctif ne se distingue en rien de l'ordinaire, et la tumeur insensiblement se confond avec le tissu cellulo-adipeux environnant.

La consistance du lipome varie avec son degré de pureté, mais le lipome pur est essentiellement mou, à tel point qu'il donne souvent la sensation de fluctuation très nette, et cause ainsi bien des erreurs de diagnostic (voir chapitre V).

Examen microscopique

C'est à ce mode d'investigation qu'il appartient de distinguer le lipome du tissu cellulo-adipeux. Les saillies arrondies, décrites au paragraphe précédent, nous apparaissent constituées par des vésicules adipeuses, groupées comme dans le tissu adipeux ordinaire, en amas assez volumineux, sans interposition de tissu cellulaire ni de vaisseaux.

Chacun de ces agrégats, où l'on peut compter de 60 à 80 vésicules, apparaît entouré d'une enveloppe mince et incomplète de fibres de tissu cellulaire, avec ou sans vaisseaux capillaires (Verneuil).

Les vésicules y sont comprimées les unes contre les autres et deviennent polyédriques par suite de ce fait. Une fois isolées, elles reprennent leur forme ovoïde.

La caractéristique de la tumeur est non seulement dans une accumulation exagérée et circonscrite des éléments anatomiques d'un tel tissu, mais encore dans l'accroissement de volume de ces éléments. En accordant, en moyenne approximative,

trois centièmes de millimètre aux cellules graisseuses normales, Verneuil trouve celles de la tumeur atteignant, pour la plupart, six et sept centièmes de millimètre, d'autres en mesurant jusqu'à neuf et dix. « En outre, dit Verneuil, les vésicules lipomateuses sont plus transparentes, à contour plus délicat, plus mince que celles du tissu adipeux. Je serai porté à en conclure que l'enveloppe en est plus ténue, moins épaisse. »

Variétés

Le lipome pur, tel que nous venons de le décrire, est loin d'être la règle dans les tumeurs graisseuses. Très souvent, l'appareil de soutien ne se borne pas au tissu conjonctif lâche. Ce dernier, atteint par un processus hyperplasique inflammatoire chronique, s'épaissit aux dépens d'un grand nombre de globules graisseux qu'il détruit ; il peut même devenir prédominant. Ainsi sont constitués les fibro-lipomes ou lipomes fibreux. C'est la tumeur fibreuse de Cruveilhier. Ce tissu est dense et ferme ; sur une section, il est de couleur grisâtre, avec des îlots irréguliers et petits de tissu adipeux. L'examen microscopique est nécessaire pour les distinguer du fibrome pur et du carcinome, car les carcinomes fibreux avec tendance à l'atrophie montrent aussi de nombreux îlots adipeux.

Les lipomes volumineux présentent souvent les signes de la dégénérescence myxomateuse. Du tissu muqueux sépare les lobules graisseux ou bien les cellules elles-mêmes subissent l'altération muqueuse. Ce tissu muqueux se caractérise par des cellules plasmatiques, étoilées et anastomosées entre elles, situées au milieu d'une substance fondamentale hyaline très riche en mucine. Le tissu muqueux est quelquefois tellement abondant, que le mot de myxome lipomateux convient mieux pour spécifier la tumeur. Ces tumeurs présentent aussi des

kystes pleins de mucus transparent ou sanguinolent (1). Elles sont gélatineuses et tremblotantes.

Lorsque les vaisseaux sont nombreux, volumineux et distendus, on a affaire au lipome télangiectasique ou érectile. Cet état se rencontre dans les névi lipomateux congénitaux et dans certaines tumeurs polypeuses libres et saillantes sous les muqueuses. Nous nous réservons d'en parler plus longuement, lors de la discussion de l'étiologie et de la pathogénie.

Une variété proche parente de la myxomateuse est celle dans laquelle on classe ces tumeurs lipomateuses, où le tissu adipeux se trouve mêlé de cellules embryonnaires : c'est le lipo-sarcome. La cuisse semble prédisposée à ce genre de lipome. M. le professeur Poncet, de Lyon, en a réuni un certain nombre de cas.

Dans le service de M. le professeur Forgue, il y a trois ans, entra un homme porteur d'une tumeur énorme de la cuisse (le membre mesurait 1^m,20 de circonférence). L'opération fut tentée : on trouva une tumeur fortement vascularisée, qui n'était autre chose qu'un lipo-sarcome. M. Forgue proposa la désarticulation de la hanche, le malade refusa.

M. le professeur Gangolphe, de Lyon, a présenté un cas analogue à la Société des sciences médicales de Lyon. La tumeur, après être restée stationnaire pendant 10 ans, avait subitement grossi d'une façon rapide ; elle fut considérée comme un lipome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.

(1) Voir G. de Rouville : *Lipome kystique*. (Bull. de la Société anatomique de Paris, 1896.)

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

L'étiologie du lipome ressemble assez à celles des autres tumeurs. Nous ne sachions cependant pas qu'encore l'on ait mis en cause, comme pour le cancer, les microbes. Mais, si ce facteur n'est pas intervenu à propos du lipome, on retrouve pour la production de ce dernier toutes les causes invoquées pour celle des autres néoplasmes.

C'est ainsi que l'on a pu incriminer toutes sortes de traumatisme depuis la simple pression continue d'un bandage à la région sacro-lombaire (Verneuil) jusqu'à la contusion violente au niveau du grand trochanter, comme nous le verrons à propos du malade qui fait le sujet de l'Observation VII.

Cette idée de l'origine traumatique des lipomes est une de celles qui sont chères à notre Maître, M. le Dr Reboul. En 1888, il présenta à la Société anatomique de Paris deux cas de ces tumeurs développées à la suite de chutes, l'un sur le moignon de l'épaule, l'autre sur la saillie trochantérienne. Dans la série d'observations que nous lui devons, un fait nouveau est encore venu à l'appui de cette manière de voir. La malade (Observ. VIII), à laquelle je fais allusion, indique d'une façon précise le siège de la contusion et affirme que juste à cette place la tumeur s'est développée. Bien que M. Reboul ait soin de dire qu'il lui est impossible de savoir exactement si, avant la contusion, la malade n'avait pas un

lipome en voie de développement, il nous est permis d'affirmer que l'influence du traumatisme ressort d'une façon manifeste et dans les deux cas cités par lui à la Société anatomique, et surtout dans le dernier qu'il nous a communiqué. D'ailleurs, P. Broca, qui n'était certes pas enclin à admettre la contusion dans l'étiologie des néoplasmes en général, s'y rallie pourtant pour le lipome : dans ce cas, il est vrai, il met en cause une contusion chronique et de faible intensité plutôt qu'un traumatisme violent et passager. « Le lipome, dit-il, se développe
« le plus souvent sans cause connue. Il est toutefois parfaite-
« ment certain que les pressions fréquemment répétées peu-
« vent provoquer la formation d'un lipome : tous les chirur-
« giens ont vu des cas où cette étiologie était évidente. On sait
« que les porte-faix ont fréquemment des lipomes de la nuque
« et sur la face postérieure des épaules, par suite de la pres-
« sion des fardeaux : les lipomes de la voûte du crâne siègent
« souvent, chez des sujets du sexe masculin, au niveau du
« cercle qui subit la pression du chapeau. Les lipomes du cou
« ne sont pas rares chez les militaires et sont attribués, avec
« juste raison, à l'action de la haute et rude cravate qui fait
« partie de l'uniforme dans certaines armes. J'ai enlevé un
« lipome développé au-devant de la rotule chez une religieuse
« qui faisait de longues et fréquentes séances de genuflexion.
« L'action des causes locales mécaniques ne peut donc être
« révoquée en doute. »

Au reste, Virchow considère les lipomes comme de nature irritative. L'irritation peut fort bien résulter d'une action traumatique. De cela on peut rapprocher les cas « où le tissu graisseux s'accumule dans les organes soumis à une inflammation chronique ou autour d'eux » (Broca). C'est ainsi que Hartmann a montré le rôle de la pyélo-néphrite dans la genèse du lipome rénal et Tuffier celui de la cystite chronique sur la lipomatose périvésicale.

Nous avons insisté sur cette origine du lipome, parce que certains faits cités ici corroborent cette thèse. Nous n'aurions gardé néanmoins de dire que seul le traumatisme doit être donné comme le « *primum movens* » du processus pathogénique que nous allons décrire bientôt. Bien d'autres agents ont été accusés de ce fait.

Ainsi, parce qu'on a vu des lipomes symétriques ou disposés suivant le trajet de certains nerfs, on a parlé d'origine nerveuse des lipomes. Un fait très curieux, qui semblerait confirmer cette opinion, c'est celui cité par Verneuil à la Société impériale de chirurgie. Ce chirurgien raconte que M. Onimus électrisait le bras d'un individu atteint de paralysie à la suite de fracture de l'humérus : les deux bras étaient couverts de lipomes ; les lipomes disparurent du côté électrisé. Bouju, dans sa thèse, a réuni un assez grand nombre de cas analogues.

Cette hypothèse du développement des lipomes par suite d'un trouble de nutrition dépendant du système nerveux est très proche voisine de la théorie diathésique, car ici encore reparait l'arthritisme, qui pour certains n'est qu'une dystrophie névropathique (Quénu). Mais rares sont les cas où l'on peut, sans exagérer, parler de diathèse lipomateuse. On cite partout ce malade de Bicêtre sur lequel les internes eurent la patience de compter 2,080 lipomes répartis sur tout le corps. De pareils faits sont très rares eu égard surtout à la fréquence des lipomes. Enfin, un argument qui semble avoir du poids contre la théorie diathésique, c'est que jamais lipome entièrement enlevé n'a récidivé. De plus, l'hérédité qui est un des caractères de la diathèse est rarement citée à propos de lipome. Reclus cependant a vu un lipomateux issu d'un père, d'une mère et d'un grand-père lipomateux.

Grosch a émis sur l'étiologie du lipome une théorie qui a au moins le mérite de l'originalité. Pour cet auteur, la forma-

tion des lipomes serait la conséquence d'un trouble sécrétoire des glandes cutanées qui, en diminuant l'excrétion de la graisse par la peau, favoriserait son accumulation dans la couche sous-cutanée. Nous ne nous permettrons aucun commentaire, n'ayant aucun fait à opposer.

Une autre théorie qui paraît plus soutenable, et à laquelle nous essayerons de relier la théorie traumatique, c'est la théorie vasculaire. Assez nombreux sont les cas où l'on a vu un angiome dégénérer en lipome. Richardière, à la Société anatomique, en 1882, en cite un remarquable exemple. Polaillon, dans la *France médicale*, rapporte un cas semblable. Laboulbène, dans sa thèse, parle de plusieurs cas où l'on a vu manifestement une tumeur graisseuse se développer au lieu et place d'un nævus. Enfin, les lipomes congénitaux ou observés à peu de distance de la naissance présentent ordinairement un développement des vaisseaux considérable.

Une telle étiologie est très proche voisine de la théorie pathogénique classique du lipome. La plupart des auteurs, en effet, s'accordent à dire que le tissu lipomateux procède du tissu embryonnaire ou du tissu muqueux, dont les cellules se remplissent progressivement de gouttelettes graisseuses. Le tissu embryonnaire est ordinairement riche en vaisseaux de néoformation, et d'un tel tissu à un angiome naissant, il n'y a qu'un pas. En supposant les cellules de celui-ci en proie à une surcharge graisseuse, on conçoit le passage facile de l'angiome à l'état de lipome.

Quant à rattacher une telle théorie à la théorie traumatique, la chose paraît simple. Une contusion donne lieu à un épanchement sanguin qui ne se résorbe pas. Le caillot s'organise, des vaisseaux de néoformation l'envahissent, et ce processus n'aboutissant pas à la simple formation de tissu cicatriciel fibreux, crée, par une dégénérescence particulière, un amas

exagéré de cellules adipeuses. Ainsi pourrait s'expliquer l'origine du lipome de l'Observation VII.

Chez ce malade, qui fit une chute sur le grand trochanter, la marche des lésions est facile à suivre : à la suite du traumatisme, un épanchement sanguin volumineux se produit. Le massage n'en a raison qu'au bout d'un mois, et encore n'est-ce que d'une façon très incomplète, puisque le malade ne peut se coucher sur le côté contusionné et que la région reste tuméfiée.

A la suite de fatigues professionnelles, cette tuméfaction s'accroît quatre mois après et oblige le malade à un repos prolongé. Le malade reprend son travail pour le quitter au bout d'un mois, la tumeur ayant encore considérablement grossi. On se décide à intervenir, et l'on est tout surpris de se trouver en présence d'un lipome. Un tel enchaînement de faits cliniques paraît s'adapter à l'interprétation pathogénique que nous venons d'en faire.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Cette partie de l'étude du lipome varie légèrement, suivant qu'on a affaire à un lipome superficiel ou à un lipome profond.

Le lipome superficiel se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite, arrondie et lobulée, mobile sous la peau quand elle n'est pas pédiculée. La consistance du lipome type est très molle, presque fluctuante. Au chapitre du diagnostic, nous parlerons de la fréquence des erreurs de ce fait.

Certains lipomes en grappe donnent, « en frottant les grains « les uns contre les autres, un bruit perceptible quelquefois « par les oreilles, mais ordinairement mieux senti par le tact ; « c'est la « collision crépitante. » (Richet). Nous ne l'avons trouvée signalée dans aucune de nos observations. La peau qui recouvre les lipomes s'épaissit un peu ; elle est quelquefois brune et pigmentée, plus souvent de coloration normale. Dans l'Observation III, nous la voyons parcourue par des veines avec dilatations variqueuses, tandis que la jambe et le reste de la cuisse sont indemnes de semblables lésions. Dans les fibrolipomes, la tumeur est souvent rattachée à la peau par de nombreuses et solides travées fibreuses.

Le lipome ne présentant jamais de tissu nerveux dans sa texture, il est tout naturel qu'il soit indolore. Néanmoins, on

en a vu de douloureux. Le Dr Boiffin, dans le *Progrès médical*, et Tulasne, dans sa thèse, citent deux cas où la douleur était considérable. Ils expliquent cette anomalie par une sensibilité toute spéciale et non contestable de la région où siégeaient ces tumeurs (région épigastrique). La malade qui fait le sujet de l'Observation IX éprouva des fourmillements, des élancements ; on ne saurait guère les expliquer d'une façon analogue. Ce cas serait donc une exception, si nous n'avions remarqué que la malade est très nerveuse et se préoccupe beaucoup de sa tumeur.

Le plus souvent le lipome ne devient douloureux que lorsqu'il s'enflamme, et alors ce n'est pas tant dans la tumeur que siège la douleur que dans les tissus avoisinants : tel fut le cas de l'allemand de l'Observation V. Une autre manière pour les lipomes de devenir douloureux, c'est la compression d'un nerf ; mais ces tumeurs sont généralement si molles, elles se laissent si facilement déprimer, que ces cas doivent être très rares. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple. Mais si nous n'avons pas vu la simple compression d'un nerf par un lipome amener un état pathologique de ce nerf, l'Observation VIII nous montre un cas très rare de lipome adhérent au nerf sciatique et paraissant être la cause d'une névralgie.

En résumé, le plus souvent, les symptômes accusés par les malades sont nuls. Ils ne consistent qu'en de la gêne quand le néoplasme devient volumineux.

Du lipome profond nous ne dirons pas grand chose de très particulier. Les caractères objectifs précédemment énumérés sont plus difficiles à constater. Il est souvent impossible de dire à quelle tumeur on a affaire et même si c'est une tumeur que l'on a sous les yeux. Ce diagnostic, nous le verrons, est particulièrement intéressant à discuter dans les cas de lipomes de la cuisse. Le lipome profond est souvent diffus ; la gêne qu'il occasionne est précoce.

Le siège du lipome ne présente rien de particulier. On rencontre ce genre de tumeur partout depuis la tête jusqu'aux pieds, depuis la peau où il se pédiculise, jusque sous le périoste, dans les os (Cornil et Ranvier) et sous les muqueuses de l'intestin.

Les plus fréquents sont ceux de la nuque, du cou, du dos, de l'épaule, du bras et de la cuisse.

CHAPITRE IV

Evolution clinique. — Transformations. — Pronostic

L'accroissement du lipome se fait avec lenteur et d'une façon régulière. La tumeur initialement vingt-six ans chez le malade de l'Observation I pour atteindre un volume légèrement supérieur à celui du poing d'un adulte. D'une façon générale, le lipome grossit un peu plus rapidement et des cas de lipomes qu'on a appelés aigus, quoique rares, se rencontrent parfois. Le cas de Jalaguier (Obs. XIII) en est un remarquable exemple.

Un traumatisme, une maladie intercurrente peuvent favoriser une poussée, à la suite de laquelle on voit le volume augmenter subitement d'une façon rapide. L'observation IV nous montre un lipome qui met dix-huit ans pour atteindre le volume d'un œuf de pigeon ; subitement, à la suite d'un rhumatisme, il prend des proportions plus considérables et arrive, en quelque mois, à atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme. « Certains lipomes prennent un développement brusque à chaque période menstruelle. Nélaton en a vu grossir un au moment de la ménopause » (Gross). Le plus souvent les lipomes comme les autres tumeurs, subissent ces sortes de poussées sans cause appréciable. Néanmoins les cas où leur accroissement est lent et régulier, sont la règle. Cet accroissement reste indépendant de l'état d'embonpoint ou de maigreur que peut présenter le malade. Roux (Marseille médical) affirme cependant que Broca

a vu des lipomes dont le volume avait diminué de près de moitié, à la suite d'un long jeûne, chez un vieillard atteint de dysphagie.

Les lipomes superficiels en augmentant de volume peuvent prendre deux aspects bien différents.

Tantôt restant attachés à leur siège par une large base d'implantation, ils saillent à peine au-dessus des séguments. Ils s'étendent alors au loin, de part et d'autre entre la peau et les aronévroses superficielles, se confondant par leurs bords avec le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, s'ils sont diffus, ou tranchant d'une façon nette avec ce même tissu, s'ils sont encapsulés. Tantôt, au contraire, la poussée se fait dans une direction normale à la surface des téguments; la peau est de plus en plus soulevée; elle s'amincit quelquefois ou bien un travail inflammatoire s'empare d'elle et fait qu'elle s'épaissit. Elle peut se vasculariser comme nous l'avons vu déjà à propos de l'observation III. De plus la tumeur ne s'élève que rarement en conservant sa base large comme dans l'observation VI. Elle grossit davantage par son extrémité libre. La base d'implantation se rétrécit et la tumeur en arrive à être nettement pédiculée.

Relativement à ces deux modes d'évolution des lipomes la cuisse présente une particularité, qui ressort très nette d'un simple aperçu superficiel de l'ensemble de nos observations. Près de la moitié des lipomes dont nous parlons, sont pédiculés; mais tandis que les autres parties de la cuisse sont affectées de lipomes plus ou moins profonds ou du moins sans pédicule, la face interne et supérieure de la cuisse nous montre une tendance toute spéciale à faire des lipomes pédiculés. A quoi cela peut-il tenir? Il semble, au premier abord, que l'on puisse expliquer cette facilité de pédiculisation par la moindre résistance des travées conjonctives du tissu cellulo-adipeux de cette région et la finesse de la peau qui la revêt. Il

est à remarquer d'ailleurs, que sur le reste du corps, le lipome se pédiculise aussi plus facilement en des endroits analogues, les bras, le dos, par exemple, dont le tégument est plus délicat,

Depuis longtemps déjà cette affinité des lipomes pédiculés pour la région supéro-interne de la cuisse est signalée, puisque Dolbeau à la Société de Chirurgie de Paris en 1871, à propos du malade qui fait l'objet de l'observation IV, s'exprime ainsi : « Il n'est pas rare d'observer des lipomes pédiculés du genre de celui que nous présente M. Panas. Chez les hommes comme chez les femmes, on les rencontre à la partie interne de la cuisse. » et il ajoute « j'ai récemment enlevé deux lipomes semblables à celui que nous voyons ; comme lui, ils avaient été pédiculés dès leur origine, et comme lui ils étaient insensibles. » Ce caractère de la peau des lipomes pédiculés d'être insensible est facile à expliquer. A mesure que la peau s'allonge, entraînée par la tumeur, elle est l'objet de modifications nombreuses dans son intérieur. Nous avons vu tout à l'heure qu'elle pouvait s'amincir comme s'épaissir. Les nerfs peuvent aussi dégénérer. L'amincissement progressif du pédicule ne peut qu'aider un tel processus. Ainsi s'explique cette insensibilité de la partie inférieure de la tumeur, dans le cas de Panas. (Observat. III). La pédiculisation amène encore d'autres complications. Grâce à elle l'apport nourricier des vaisseaux se trouve diminué ; les éléments anatomiques sont ainsi facilement voués aux transformations dégénératives que nous allons décrire dans un instant.

A part cela, à la cuisse, le lipome pédiculé présente d'autres inconvénients sérieux. La gêne est vite considérable dans la marche, le malade est sans cesse agacé par le balancement pendulaire de cet appendice inutile. Si la tumeur est volumineuse la situation devient rapidement intenable et l'ablation s'impose. Le malade de l'observation I s'était ingénié à fabriquer une sorte de suspensoir pour obvier à cet incon-

venient; il n'y avait réussi que très imparfaitement. Enfin le frottement incessant du pantalon ou de tout autre vêtement joint au mouvement de la tumeur pendant la marche ne tarde pas à user la peau. Celle-ci mal nourrie par le pédicule rétréci s'enflamme facilement et finit par s'ulcérer. Viennent alors les complications ordinaires de toute plaie ouverte. (Voir observations I et V).

Les lipomes profonds s'ulcèrent très rarement, mais la gêne qu'ils occasionnent est aussi précoce pour ne pas dire plus. Placés au sein des tissus, bien que possédant parfois un pédicule vasculaire, (Obs. IX) ils sont mieux nourris et grossissent généralement plus vite. A mesure qu'ils augmentent de volume ils repoussent devant eux les éléments normaux des régions où ils siègent. Ils s'insinuent dans tous les interstices, disséquent les muscles et s'étendent ainsi quelquefois très loin. En butte à la pression continue du néoplasme les muscles s'amincissent et dégèrent. Le cas de Viennois en est un remarquable exemple (Obs. XII) : « le muscle droit interne est trouvé réduit à un faisceau excessivement étroit, décoloré, se confondant avec du tissu cellulaire et quelques vaisseaux ». Parfois les aponévroses elles-mêmes sont atteintes. « Le fascia lata, dit Michon dans l'observation X, avait perdu tous ses caractères; il ne consistait plus qu'en une toile mince sur laquelle on reconnaissait à peine quelques fibres, toile qui, coiffant exactement la tumeur, la suivait dans tous ses mouvements. » C'est dans ces cas qu'un lipome profond n'étant plus bridé en impose pour une tumeur superficielle. Les autres tissus peuvent aussi être lésés par le néoplasme. Dans le même cas de Viennois cité plus haut, la tumeur avait contracté une adhérence assez considérable avec la branche descendante du pubis. Cette adhérence ne pouvait être que secondaire, car dans l'histoire clinique du cas rien ne peut nous faire penser que la tumeur se soit développée entre le périoste et l'os.

« L'explication, dit l'auteur, la plus acceptable nous paraît être la suivante : bridée par les fibres musculaires du premier adducteur, et fortement appuyée contre l'os pendant une certaine période de son évolution, la tumeur a pu user le périoste ou plutôt se confondre avec lui et alors adhérer à la substance osseuse. Cette adhérence était telle qu'on ne la dégagait qu'en faisant éclater une lamelle osseuse de trois ou quatre millimètres de large sur quinze de long ». « Ces adhérences avec le tissu osseux s'observent dans les lipomes dégénérés ou pour parler plus exactement, dans les tumeurs fibro-plastiques qui ont eu pour point de départ un lobule de tissu adipeux ». Nous n'avons pu trouver d'observation de vaisseaux lésés par un lipome. Nous regrettons vivement que la malade qui fait l'objet de l'observation VIII et que nous avons déjà citée à propos des lipomes douloureux n'ait pu encore être opérée. Nous aurions pu décrire ainsi les rapports exacts de la tumeur avec le nerf sciatique et les désordres qu'elle peut avoir produits dans cet organe.

Au total, superficiel ou profond, le lipome de la cuisse n'a guère que l'inconvénient d'une gêne plus ou moins considérable. Ce genre de tumeur est réputé excessivement bénin. L'observation X nous montre bien un cas de récurrence; mais, bien qu'elle émane d'un chirurgien de très haute valeur, nous ne pouvons souscrire à une telle interprétation des faits. En effet, les deux tumeurs, bien que développées au même point, se sont rencontrées l'une sous-aponévrotique, l'autre sus-aponévrotique. On devrait donc en conclure que la récurrence est au moins douteuse en l'espèce; car, ce qui vient d'abord à l'esprit pour expliquer la formation de la seconde tumeur, c'est, par exemple, que la première tumeur avait un prolongement à travers l'aponévrose, prolongement qui a passé inaperçu lors de la première intervention, ou bien encore que les deux tumeurs sont absolument indépendantes l'une de l'autre, étant

entièrement séparées par l'aponévrose. Dans la première hypothèse le mot récidive convient à peine, car peut-on appeler récidive d'une tumeur, la continuation d'accroissement de la portion de cette tumeur qui n'a pas été enlevée ? D'une façon générale on peut dire que le lipome ne récidive pas. Cependant certains cas ont pu faire parler non seulement de récidive, mais encore de généralisation du lipome. Tel celui de Beauchêne, observé à l'hôpital Saint-Antoine : deux mois après l'extirpation d'un lipome, la malade avait le corps tout couvert de nouvelles tumeurs lipomateuses. « Je pense, dit Richet, qu'elle les portait déjà au moment de l'opération, mais qu'elle ne les avait pas fait remarquer. » Bien que cette affirmation soit gratuite et spécieuse il faut cependant reconnaître que de tels faits sont l'exception.

Rares aussi sont les cas où l'on voit le lipome retentir d'une façon notable sur la santé générale. Quand il en est ainsi, c'est généralement au siège ou au volume de la tumeur qu'il faut s'en prendre. Le siège a été incriminé par Boiffin dans les deux cas déjà cités de lipomes douloureux de la région épigastrique qui avaient amené une cachexie profonde. Dans le *Montpellier médical*, le Dr Cauvy a rapporté un cas mortel de lipome de la région ombilicale ; mais ce n'est pas à la nature de la tumeur, c'est à son volume qui était énorme, à son siège et aux phénomènes de dégénérescence et d'infection qui survinrent, qu'il faut imputer une telle terminaison.

Nous avons déjà parlé, à propos de la pédiculisation des lipomes, de transformations et de dégénérescences que peuvent subir les éléments anatomiques des lipomes. Ce sont : la dégénérescence graisseuse, la gangrène, la calcification et l'inflammation sous ses diverses formes.

1° *Dégénérescence graisseuse.* — Bien que parmi les cas cités à la fin de notre travail on ne rencontre pas d'exemple de cette altération des cellules lipomateuses, il n'en reste pas

moins acquis que ce phénomène est loin d'être rare. « Au premier abord, ce mot de dégénérescence graisseuse semble ici un pléonasme, dit Cornil ; mais voici ce qui se passe : les cellules adipeuses se fragmentent, se réduisent en granulations fines et, au lieu de grosses vésicules adipeuses distendant une cellule plasmatique, on n'a plus que des corps granuleux (corpuscules de Gluge). La cellule plasmatique est détruite, et on a affaire à la mort, à la transformation granulo-graisseuse des éléments. Dans ce cas, le tissu altéré revêt à l'œil nu une opacité, une couleur grise et une consistance caséeuse qui le font ressembler à un sarcome ou à certains carcinomes en voie de dégénérescence graisseuse.

2° *Gangrène*. — Dans notre Observation V, Zwick emploie ce terme, mais ce n'est pas dans ce sens qu'il faut l'entendre ici : chez cet auteur, ce mot désigne le sphacèle des bords d'une ulcération, suite d'infection. Ici, cette expression que nous avons empruntée au *Dictionnaire des Sciences médicales*, bien qu'elle ait déjà vieilli, signifie simplement mort des tissus par simple suppression de l'apport des matériaux de nutrition. C'est ce qui arrive quand les lipomes se pédiculisent et que le pédicule s'étrangle ou qu'il se rompt.

« Lorsque par une compression exercée sur le pédicule ou par le poids seul de la tumeur le pédicule devient plus mince et que les vaisseaux s'atrophient, la graisse contenue dans la tumeur se désagrège et se réunit en une masse centrale presque liquide. »

Ce fut le cas du malade dont parle le Dr Cauvy, qui vit son énorme tumeur s'affaïsser lentement, tandis qu'à travers un mince orifice s'écoulait un liquide onctueux et de coloration brun-verdâtre, d'une odeur nauséabonde. « Vu dans un flacon, ce liquide ressemblait à l'huile sale des quinquets. » Plus tard, la décomposition de la graisse met en liberté de la cholestérine et des acides gras, qui ont de la tendance à former

des combinaisons saponiformes, notamment des sels calcaires à acides gras. C'est là l'origine des corps libres de la cavité péritonéale. Grassel en rapporte un très remarquable exemple. Ces tumeurs sont composées par une enveloppe fibreuse presque toujours infiltrée de sels calcaires, au centre de laquelle se trouve un savon calcaire caséeux. C'est déjà l'état que nous allons décrire maintenant.

3° *Calcification*. — On rencontre quelquefois des lipomes entourés d'une sorte de coque tellement dure, qu'on est tenté de la croire formée de tissu osseux. Les auteurs sont partagés sur la possibilité d'ossification du lipome : Virchow l'admet, tandis que Broca ne l'a jamais constatée. Mais pour la calcification ou crétification, ils sont unanimes. « La crétification revêt deux formes, dit Virchow. Il se produit quelquefois une masse grumelleuse, sorte de mortier, résultat de la saponification de la graisse, de la combinaison des acides gras qui se sont formés avec la chaux et la soude, auxquelles s'ajoutent encore des phosphates terreux en grande quantité... D'autres fois, au contraire, il se fait une crétification plus condensée, plus ossiforme, d'une dureté et d'une densité plus considérables, dans laquelle le microscope ne montre aucun corpuscule osseux. Cela est notamment le cas pour les lipomes durs, fibreux, et le plus souvent dans leurs parties externes, qui sont exposées à des irritations fréquentes. » A la coupe, les diverses couches de cette coque sont formées de tissu fibreux à éléments cellulaires très allongés non ramifiés : « Le tout est rempli de granulations, soit dans les espaces interfibrillaires eux-mêmes, soit sur les fibrilles de la substance fondamentale. Dans les parties les plus épaisses et les plus résistantes, il y a des dépôts de calcaire en masse granuleuse amorphe. »

4° *Inflammation*. — Cette complication revêt deux formes. Tantôt le lipome, soumis à ce traumatisme constant et léger,

dont parle Broca, ne réagit que peu à peu, et le processus inflammatoire ne se trahit que par un durcissement de la tumeur résultant de la prolifération exagérée de l'élément conjonctif de soutien. Tantôt, au contraire, on observe une véritable inflammation phlegmonneuse plus ou moins étendue, siégeant au centre ou à la périphérie du lipome.

La suppuration a lieu ici, comme dans le tissu celluloadipeux, par diapédèse des globules blancs et prolifération des cellules plasmatiques et en particulier de celles distendues par la graisse. Celle-ci se résorbe peu à peu et à sa place se forment de petits nids de cellules embryonnaires qui, mises en liberté par la résorption de la substance fondamentale solide constituent autant de globules de pus. Quant aux moyens grâce auxquels les microbes pénètrent au sein de la tumeur, ils sont multiples. Dans le cas de l'Observation V la suppuration s'établit à la suite d'une usure de la peau, facilitée par la minceur du pédicule et ayant abouti à une ulcération. Le cas de Michon et Velpeau (Observ. X) nous montre une ponction exploratrice comme origine probable de l'infection, bien que l'auteur ait soin de nous faire remarquer que le trocart n'avait pas pénétré jusqu'à l'endroit où s'était développé l'abcès. Dans un cas de lipome du cordon (Brossard. Société anatomique, 1882) un abcès gros comme une orange correspondait au point où avait été faite une ponction exploratrice. Nombreux sont les faits de ce genre qu'on pourrait réunir.

Enfin, toutes les fois que, pour une raison ou pour une autre, la tumeur se trouve mal nourrie, et c'est très souvent le cas dans les lipomes pédiculés, les microbes apportés dans son sein par le torrent circulatoire, y trouvent un terrain extrêmement favorable à leur prolifération. La suppuration dans ces cas est à peu près fatale.

Nous n'insistons pas sur les dégénérescences malignes du lipome. « La transformation du lipome en cancer n'est guère

« démontrée, dit Quénu ; les faits qu'on a présentés comme
« tels ont été incomplètement étudiés ou sont susceptibles
« d'une autre interprétation... Il faut savoir, par exemple,
« qu'il est possible de prendre pour un lipome diffus certains
« sarcomes ou myxomes atteints de dégénérescence graisseuse ». Si le lipome ne dégénère pas en cancer, il peut cependant subir une transformation non moins maligne. Il suffit de se rappeler les deux cas de lipo-sarcomes cités plus haut. (Voir page 14).

CHAPITRE V

Diagnostic

Nous traiterons ce chapitre surtout au point de vue des particularités que peuvent présenter les lipomes de la cuisse. Notre sujet sera ainsi très limité. D'intéressantes questions de diagnostic peuvent être posées à propos des tumeurs de ce genre et surtout de ce siège. Leur indolence, leur peu de mobilité peuvent laisser longtemps le chirurgien en suspens, et comme, à priori cette région paraît peu disposée au lipome en raison du peu d'abondance du tissu graisseux normal, on est disposé à commettre des erreurs de diagnostic. « Des tumeurs fibro-plastiques, des abcès froids peuvent se développer dans cette région et être confondus au début avec des masses adipeuses. Nous verrons en outre la possibilité de confusion avec une hernie crurale, un anévrysme sacciforme en voie de guérison, certaines adénopathies des pays chauds.

Le lipome se distinguera assez facilement des tumeurs fibro-plastiques. Néanmoins quand on aura affaire à la tumeur fibreuse de Cruveilhier, ou à certains sarcomes dégénérés, le diagnostic, même pièces en mains, sera très difficile et le microscope seul pourra trancher la question. *A fortiori* ne pourra-t-on en rien présumer de la nature de la tumeur avant toute intervention.

Les abcès froids qui peuvent être confondus avec un lipome de la cuisse, sont ceux du triangle de Scarpa d'origine verté-

brale. A ce sujet nous citerons un cas qui nous a paru typique. En septembre 1826, nous voyions un malade qui souffrait de temps à autre de la région lombaire. Incidemment il attira notre attention sur une tumeur qu'il portait depuis six mois, à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Cette tumeur indolore, de consistance molle, sans adhérence à la peau, paraissaient se continuer par un pédicule sortant du voisinage de l'anneau crural, quoique paraissant plus profondément situé que ce dernier. Elle était irréductible. Un très distingué médecin de la région à qui le malade fut présenté porta, sous toutes réserves, le diagnostic de lipome. A quelques temps de là, les douleurs lombaires s'accrurent en même temps que grossissait la tumeur. Celle-ci devint bientôt fluctuante. Entré dans le service du docteur Reboul à Nîmes et opéré, le malade fut reconnu atteint de mal de Pott avec abcès par congestion. De tels exemples sont loin d'être rares et il suffit de parcourir les observations X et XII pour voir des chirurgiens tels que Ollier et Velpeau se croire obligés à une ponction exploratrice pour asseoir d'une façon ferme leur diagnostic.

Dans le triangle de Scarpa on peut encore mettre en balance une hernie crurale et un lipome; mais généralement dans la première hypothèse la tumeur sera réductible et, si elle ne l'est pas au moment de l'examen, le malade racontera qu'elle l'était à son début. Le cas serait plus embarrassant si c'était un épiploccèle volumineux (le cas est excessivement rare dans la hernie crurale) qui présentât le signe de la « collision crépitante » indiqué plus haut comme caractéristique d'une masse lipomatense en grappe.

Un anévrysme sacciforme en voie de guérison spontanée pourra, lui aussi, en imposer pour un lipome. Dans ce cas le siège exact, les adhérences avec l'artère fémorale, surtout les commémoratifs du début de l'affection rapportés par le malade, suffiront à lever tous les doutes. D'ailleurs, les anévrysmes en

ce point sont des exceptions. Le creux poplité fournirait peut-être quelque cas de semblable discussion. Nous n'en connaissons cependant pas d'exemple.

Certains kystes peuvent simuler un lipome mais les cas en sont rares. Ces tumeurs ont leur paroi généralement distendue par le liquide qu'elles contiennent et présentent une rénitence typique. Néanmoins s'ils sont profondément situés ou si, pour une raison quelconque, leur liquide s'est en partie résorbé, l'erreur peut-être très difficile à éviter. Inversement un fibro-lipome pourra en imposer pour un kyste.

Plus difficiles seront encore les cas analogues à ceux que rapporte Trélat dans une leçon sur le lipome de la cuisse. (*Gazette des Hôpitaux* 1882) « J'ai vu, dit-il, deux fois par moi-même, et j'en ai causé avec mon collègue de la Faculté, M. Charcot, des ataxiques qui présentaient, comme cela est assez fréquents, des tuméfactions considérables au niveau des grandes articulations, ayant les apparences d'une sorte de lipome. J'ai même ponctionné l'une d'elles et il n'en est rien sorti, comme cela devait être du reste. Ces tumeurs des ataxiques, disparaissent généralement comme elles sont venues. Nous ne parlerons pas des pseudo-lipomes des rhumatisants puisqu'ils sont spéciaux au creux sus-claviculaire.

Trélat dans la même leçon dit encore : « En réfléchissant « que ce malade était allé autrefois dans les Antilles, la pensée « me vint un moment que nous pourrions peut-être avoir « affaire à quelque dilatation de vaisseaux et de ganglions « lymphatiques. Je me rappelais le fait que j'avais présenté à « la Société de chirurgie... » La topographie de la région indiquera généralement si la tuméfaction peut bien être celle des ganglions lymphatiques.

Au reste, de tels cas sont l'exception, et le diagnostic différentiel se borne le plus souvent à distinguer un lipome d'un abcès froid. Un moyen simple et relativement sans danger

consiste à solidifier le lipome en pulvérisant de l'éther à sa surface ou en y appliquant une vessie remplie de glace. Dans le cas d'un abcès, la tumeur reste fluctuante; le lipome, au contraire, durcit. Le seul inconvénient de ce procédé est d'occasionner une sorte de gelure de la peau, ce qui, avant l'ère antiseptique, prédisposait singulièrement à l'érysypèle.

Enfin, il resterait à parler de la confusion possible de certains lipomes pédiculés avec certains fibromes également pédiculés, mais la question est sans importance, car les indications thérapeutiques et le pronostic sont les mêmes dans les deux cas.

CHAPITRE VI

Traitement

Il nous a paru intéressant de faire l'historique de cette partie de l'étude du lipome dans la seconde moitié de ce siècle. Nous y verrons surtout les auteurs redouter les terribles complications infectieuses communes à cette époque et s'ingénier à inventer des procédés pour les éviter.

Une méthode qui fut en son temps excellente à ce point de vue, c'est la méthode sous-cutanée. Voici comment Philippeaux, en 1848, résume et apprécie son application par le professeur Bonnet, de Lyon, au traitement du lipome : « Naguère, on « proposait les incisions sous-cutanées pour le traitement « curatif de certains kystes ; aujourd'hui M. Bonnet, se fondant sur des observations tirées de sa pratique, soutient que « ces mêmes incisions peuvent être employées avec avantage « au traitement des tumeurs graisseuses. Quelques considérations sur l'anatomie pathologique de ce genre de tumeur, « nous feraient comprendre ce qu'il y a de rationnel dans ce « moyen et comment M. Bonnet y a été conduit.

« Le lipome n'est point composé d'une masse de graisse « renfermée dans un kyste, c'est une agglomération de cellules « graisseuses juxtaposées les unes aux autres, et dont l'ensemble est entouré d'une membrane fibreuse qui les isole « des tissus environnants (lipomes encapsulés). Tant que l'en-

« veloppe générale est conservée intacte, tant que la graisse
« se trouve renfermée dans chacune des petites cellules qui la
« sécrètent et l'emprisonnent, son absorption est impossible
« ou du moins offre de grandes difficultés. C'est pour ce motif
« que l'on a maintenant abandonné ces divers emplâtres qui,
« appliqués sur la tumeur, devaient en amener la résolution.
« Que l'on divise en un grand nombre de fragments cette sorte
« d'éponge, dont chaque cellule contient de la graisse, celle-ci
« pourra être exprimée des petites loges qu'elle occupe, rejetée
« dans le tissu cellulaire ambiant et livrée à l'absorption
« rapide...

« La piqure faite à la peau avec un ténotome pointu doit
« être pratiquée à la base d'un pli et à une telle distance, que
« lorsque celui-ci sera revenu sur lui-même, elle soit éloignée
« de 2 à 3 centimètres de la base de la tumeur : le ténotome
« doit être en rondache à son extrémité, sa longueur égale au
« plus grand diamètre de la tumeur. Après avoir piqué la peau
« à la distance indiquée, on enfonce le ténotome mousse entre
« le lipome et les parties sur lesquelles il repose. Le tranchant
« de l'instrument, dirigé ensuite contre les téguments, doit
« diviser le lipome dans toute son épaisseur en deux parties
« égales que l'on presse l'une contre l'autre, tandis que le
« ténotome les incise en tous sens, de manière à en former des
« fragments ayant au plus l'épaisseur d'un centimètre. Il est
« bon de prolonger les incisions de 1 à 3 centimètres en
« dehors, afin de décoller la peau des parties sous-jacentes et
« d'augmenter la surface au milieu de laquelle la graisse doit
« plus tard être résorbée.

« Quand l'instrument est retiré on presse avec force la
« tumeur entre les doigts, de manière à rompre par la pression
« les cellules qui ont échappé à l'action de l'instrument
« tranchant.

« L'expérience a prouvé que cette opération doit être

« répétée, dans les lipomes volumineux, quelquefois 2 ou 3
« fois et à quinze jours ou trois semaines d'intervalle pour
« compléter la rupture des cellules et achever l'absorption.

« La théorie s'unit à la pratique pour démontrer que le
« volume considérable de la tumeur et l'âge avancé de celui
« qui la porte, constituent deux contre-indications aux
« incisions sous-cutanées. Néanmoins même dans les cas
« heureux les cellules dans lesquelles la graisse est renfermée
« ne peuvent disparaître comme le fait la graisse elle-même.
« Elle doivent former et forment en effet un noyau fibreux plus
« dur et moins volumineux que la tumeur primitive. »

Un autre moyen qui, disait-on, évitait bien des accidents, c'était l'emploi des caustiques. Gillet de Grandmont le préconise en 1872 et Dubrueil en fait grand éloge à la Société de chirurgie en 1873. Sur toute la longueur du lipome et sur une largeur de un centimètre environ, on applique une couche de pâte de Vienne, qui doit rester assez longtemps en place pour que toute l'épaisseur des téguments soit mortifiée. Vers le huitième jour, quand l'eschare se détache, la tumeur est à nu, et il suffit de l'attirer à l'extérieur avec des pinces, en même temps qu'on l'énuclée avec une spatule et au besoin, avec quelques coups de ciseaux. « Le procédé, dit Dubrueil, simplifie une opération qui, j'en conviens, est en général facile, « il est peu douloureux et partant dispense de l'anesthésie. »

Vers la même époque, Hasse de Nordhansen imagine les injections interstitielles d'alcool. Il injecte de l'alcool en différents points et à plusieurs jours d'intervalle. On voit alors la tumeur se ramollir et devenir fluctuante sous grande réaction. Incisée elle se vide et guérit par l'écoulement d'un liquide huileux.

Le même Gillet de Grandmont qui vantait les caustiques pour les lipomes superficiels préconisait quelques années plus tard la pédiculisation élastique et la cautérisation galva-

nique pour les plus volumineux lipomes. Il faut croire qu'il s'agissait de lipomes pédiculés ou tout au moins facilement pédiculisables.

D'autres auteurs ont préconisé les injections de chlorure de zinc et l'ablation avec l'écraseur linéaire.

D'autres encore se croyaient davantage à l'abri des complications septiques par l'usage du thermo-cautère. Ce procédé ne présentait qu'un inconvénient : c'est que la graisse s'enflammait au contact du fer rouge.

De nos jours la question paraît s'être considérablement simplifiée. Grâce à l'antiseptie et vu l'absolue bénignité du pronostic une seule conduite est de règle : Enlever la tumeur dès que le malade y consent. On a vu au chapitre de l'évolution clinique les inconvénients et les dangers que l'on peut courir par une expectative négligente. D'ailleurs l'opération est ordinairement simple surtout quand il s'agit d'un lipome encapsulé, « cependant, dit Richet, il est désagréable d'opérer certains lipomes granulaires : on en tire successivement plusieurs chapelets et il est difficile de faire une extirpation complète. » Certains lipomes diffus et profonds, s'insinuant au loin dans tous les interstices sont aussi très difficiles à enlever totalement. C'est dans ces cas que les récidives sont à craindre.

Une précaution assez importante est à prendre si l'on veut obtenir la réunion immédiate, c'est une compression méthodique après l'opération. Déjà en 1872 Trélat préconisait ce moyen pour assurer les suites simples de l'intervention. Després se montrait très pessimiste à ce point de vue, disant que la disposition anfractueuse de la cavité que laisse le lipome à lobes irréguliers s'y oppose. Aussi même de nos jours, sera-t-il prudent d'assurer par un drainage préventif l'issue des liquides qui pourraient s'y collecter malgré la compression. Dans ce but M. le Dr Reboul place au fond de la plaie indistinctement une mèche de gaze trempée dans le

naptol camphré ou un paquet de crins de Florence. Les chirurgiens de Montpellier ou négligent ce détail ou usent d'un simple drain en caoutchouc. Tous ces moyens paraissent également bons. Quand on peut compter sur leur asepsie absolue et sur l'occlusion complète que doit assurer tout pansement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Lipome pédiculé ulcéré de la face interne de la partie supérieure de la cuisse.

M... Joseph, employé a la salubrité publique à Cette, entre à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de M. le professeur Forgue pour une tumeur de la cuisse. Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : un séjour au Sénégal et dans l'Inde à l'âge de 15 ans. Fièvres intermittentes qui ont cessé complètement à son entrée en France. Pas de syphilis, de rhumatisme, ni d'affections nerveuses

En 1882, à la partie interne de la racine de la cuisse droite, le malade s'est aperçu de la présence d'une petite tumeur dure, fixée à la peau, mobile sur les plans sous-jacents, indolente et irréductible. La tumeur grossit très lentement, pour atteindre il y a quelques années le volume d'une orange. A mesure que la tumeur grossissait elle devenait plus mobile et sa base d'implantation s'amincissait de plus en plus. Le malade avait fait faire un appareil en toile muni de courroies avec lequel il maintenait la tumeur, contre la cuisse de façon à ne pas être gêné dans la marche. En novembre 1898, il fut obligé de quitter son appareil qui ne remplissait plus exactement son but et il le remplaça par une ceinture en toile. Il faut croire que ce changement ne fut pas heureux, le frottement ulcéra la face interne de la tumeur. L'ulcération souillée par l'urine s'étendit progressivement. Le

malade, menacé par son médecin de complications infectieuses vint à Montpellier pour se débarrasser de sa tumeur.

A son entrée à l'hôpital le malade, très bien constitué, en excellente santé, présente une tumeur allongée, piriforme, à petite extrémité supérieure par laquelle elle s'insère à la partie interne de la cuisse droite à quatre travers de doigts du pli de l'aîne. Cette tumeur mesure environ trente-cinq centimètres de longueur et trente de circonférence à sa partie renflée. Elle est ulcérée sur sa face antérieure : l'ulcération mesure 4 cent. de long sur 5 de large. Ses bords sont décollés et sur toute sa surface elle est recouverte de tissu sphacélé d'odeur repoussante. Cette tumeur appendue à son pédicule, se balance entre les cuisses du malade pendant la marche et oscille comme un pendule. Elle est de consistance pâteuse, légèrement indurée autour de l'ulcération. La surface est nettement lobulée et la peau est cependant mobile sur la tumeur. La base d'implantation est également mobile sur les plans sous-jacents.

L'orifice externe du canal inguinal est libre; pas de hernie ni de varicocèle, ni de varices, quelques ganglions mobiles dans l'aîne.

Le malade ne présente aucune autre tumeur ni sur le tronc ni sur les membres.

Diagnostic : Lipome pédiculé de la cuisse.

Opération : Le 27 février anesthésie locale à la cocaïne par des injections circonscrivant la base de la tumeur.

Incision circulaire à ce niveau au bistouri. Extirpation facile de la tumeur. Suture de la plaie suivant une ligne parallèle à l'axe de la cuisse. Pansement.

Huit jours après on enlève les fils. Réunion par première intention. Guérison.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un cas de lipome pur.

OBSERVATION II (Inédite)

(due à l'obligeance de M. le D^r Reboul, chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes).

Lipome pédiculé de la face postérieure de la partie supérieure et interne de la cuisse.

La nommée S... Joséphine, fleuriste, âgée de 42 ans entre le 20 février 1888, à l'hôpital Lariboisière, service du D^r Ch. Périer, Salle Ste. Marthe 13 bis. Cette malade bien portante d'habitude, ne présente rien de particulier au point de vue des antécédents tant personnels qu'héréditaires. Elle ne connaît pas de cas semblable au sien dans sa famille. Depuis huit ans environ elle a remarqué à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche l'apparition d'une tumeur qui, d'abord toute petite, arrive à atteindre le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur pédiculée, de consistance molle, est recouverte d'une peau normale, fine et blanche comme celle de la région. On porte le diagnostic de lipome. La malade est opérée. Les suites furent simples et aseptiques, la guérison rapide.

OBSERVATION III

(Docteur Bailly. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris* 1886).

Lipome pédiculé de la cuisse.

M^{me} M..., âgée de 33 ans, porte depuis près de deux ans à la région interne de la racine de la cuisse gauche au niveau du pli génito-crural, une tumeur qui a atteint, au jour de l'ablation, le 15 mai 1886, le volume d'un gros œuf de canard. Cette tumeur en battant de cloche pend entre les cuisses ; elle est devenue un objet de gêne tel qu'après un long temps d'hésitation, la malade en réclame impatiemment l'ablation. J'avais reconnu cette tumeur chez ma cliente il y a dix-huit mois, en l'accouchant de

son quatrième enfant. Elle était alors du volume d'une petite noix, retenue à la peau par un pédicule de la grosseur d'un crayon : elle était de consistance molle, ne présentait à sa surface aucune particularité sous le rapport de la coloration ; on sentait sous la pression plusieurs petites nodosités sans adhérence avec les téguments ; elle était absolument indolente. Ses caractères, son lieu d'élection, m'avaient fait porter le diagnostic de molluscum pendulum.

Mais dix-huit mois après, l'aspect s'était singulièrement modifié ; le volume s'était presque décuplé. La peau lisse, luisante à la partie inférieure, une sorte de transparence, de fausse fluctuation, donnait à la grosseur l'aspect d'une hydrocèle de volume moyen.

La base d'implantation s'était considérablement élargie et atteignait presque en circonférence les dimensions de la tumeur elle-même. Les vaisseaux sous-cutanés avaient pris à ce niveau un aspect variqueux. Bref les conditions actuelles faisaient rejeter le diagnostic de molluscum et ramenaient à l'idée d'un lipome vulgaire. C'est ce que l'examen de la tumeur pratiqué par Charrin a pleinement confirmé.

Je n'ai pas à parler de l'ablation : l'anesthésie locale, deux incisions courbes à deux centimètres de la cuisse, quelques ligatures de petits vaisseaux, une réunion des lèvres de la plaie par 7 points de suture au crin de Florence en ont fait tous les frais.

Un pansement à la gaze phéniquée maintenu par un spica de l'aine a donné une réunion par première intention.

OBSERVATION IV (Résumé)

(Panas — Société de Chirurgie de Paris 1871)

Lipome pédiculé de la partie supérieure de la face interne de la cuisse.

M. Panas présente un lipome pédiculé enlevé à la face interne de la cuisse d'un malade, et qui présentait deux parti-

cularités remarquables : une ulcération sur la partie centrale de la tumeur, et une absence totale de la sensibilité sur la moitié inférieure du lipome. Le présentateur attribue l'ulcération et l'absence de sensibilité à la destruction des nerfs pendant l'accroissement de la tumeur. M. Panas fait remarquer, en outre, que des lipomes très gros ne sont pas pédiculés aussi nettement que la tumeur relativement petite qu'il présente. Cela tient, suivant lui, à ce que ce lipome s'est développé dans l'épaisseur même de la peau.

OBSERVATION V (traduite de l'allemand).

(Zwick, in *Charité-Analen* 1883)

Gros Lipome « pendulum » de la face supérieure et interne de la cuisse. — Ulcération. — Suppuration. — Extirpation.

La tumeur était plus grosse que deux poings, finement pédiculée et siégeait au côté interne de la cuisse droite, environ à un travers de main du pli de l'aîne. Au dire du malade, garçon d'hôtel puissamment bâti, âgé de 24 ans et dont l'embonpoint était peu développé, le lipome commença à apparaître il y a quatre ans. Pendant la dernière année il s'était accru très vite tandis que jusque là il n'avait augmenté que très lentement. Au cours de la dernière semaine, par le frottement du vêtement, apparut une ulcération à la partie supérieure de la tumeur. Le malade éprouva une vive douleur dans la tumeur. A son entrée à l'hôpital l'ulcération avait l'étendue d'une pièce de 1 mark, et les bords étaient sphacelés. Le malade souffrait d'une céphalée violente — Température 39°2. Pendant les dernières 24 heures la gangrène faisait de rapides progrès.

Extirpation de la tumeur par une incision ovalaire circonscrivant le pédicule. Les vaisseaux ne furent pas nombreux. En tout 6 ligatures. Trois jours après l'opération (c'était au milieu de juin, époque où l'érysipèle est fréquent) sous un pansement au chlorure

de zinc l'érysipèle envahit tout le pourtour de la plaie. Au bout de huit jours, il s'étendait de la fesse aux malléoles. Température 39°8.

Guérison par suppuration dans l'espace de quatre semaines. Dès le commencement de l'érysipèle tombèrent les sutures et les bords de la plaie s'entrouvrirent.

OBSERVATION VI

(Observation recueillie par M. d'Astros, interne dans le service de M. Flavard à la Conception. (Roux — *Marseille médical*.)

Lipome de la cuisse largement pédiculé augmentant de volume pendant les maladies.

Jean Jouffroy, âgé de 66 ans, liquoriste, est entré le 1^{er} août 1878 dans le service du docteur Flavard, salle Sainte-Eugénie, pensionnaire.

Historique. — A l'âge de 31 ans, il a commencé à s'apercevoir d'une petite tumeur, siégeant à la partie supérieure du triangle de Scarpa, du volume d'une noisette, nullement douloureuse. Elle grossit très lentement, de sorte que, dix-huit ans après, elle ne dépassait pas le volume d'un œuf de pigeon. Une particularité à noter c'est que son volume croissait rapidement pendant les maladies. C'est pendant ces dernières années que cet accroissement a fait de plus rapides progrès et, en particulier, il y a un an, époque à laquelle le malade eut, dit-il, un rhumatisme. Cette affection le tint pendant sept semaines malade. Durant ce temps, il avait perdu l'appétit et souffrait de tout le côté droit, en particulier dans le membre inférieur où la douleur revêtait le caractère de la sciatique, il ne pouvait, dit-il, remuer les doigts du pied. C'est depuis cette époque, nous avons dit, que la tumeur a augmenté davantage. Depuis lors aussi il y avait quelques douleurs rhumatismales dans les membres.

Etat actuel. — Cet homme est assez fort; adiposité prononcée. A la partie supérieure de la cuisse, au dessous du pli inguinal, se trouve une tumeur du volume d'une petite tête de fœtus. Elle est parfaitement circonscrite, n'adhérant pas aux parties sous-jacentes, nullement diffuse, presque pédiculée. Par la palpation, on éprouve une sensation de mollesse. Cette sensation de mollesse se perçoit aussi lorsque l'on presse entre les doigts les parties périphériques; mais si l'on saisit la tumeur à pleines mains, on constate que son centre est dur, bosselé en certains points. Les ganglions voisins sont sains. Le diagnostic porté est : Lipome.

Opération. — Elle est faite le 3 août, sans chloroforme parce que le sujet présente des signes d'artérite chronique. Il l'a très bien supportée. Une double incision elliptique comprenant une partie de la peau, oblique de haut en bas et de dehors en dedans est pratiquée.

La tumeur s'énuclée facilement, il n'y a pas de pédicule vasculaire. Deux ligatures sont seulement placées. Point de suture excepté en dedans. Pansement simple, potion à l'alcoolature d'aconit, bouillons. Le soir état satisfaisant, pas de fièvre.

Description de la tumeur. — Aspect gélatineux de la périphérie, au centre tissu dur, présentant des tractus fibreux. En certains points, foyer de ramollissement. Poids : de 640 grammes. Examen histologique : cellules adipeuses, comprises dans un réseau de tissu fibreux, dont les travées très fines à la périphérie sont au centre beaucoup plus épaisses. Nous avons donc affaire à un fibro-lipome.

Le 4 Août. — Matin avant la visite, vomissements, frisson peu sérieux, céphalagie intense, fièvre. C'est la fièvre traumatique qui commence. — Bouillons. — Soir, même état.

5. Août. — Toujours l'aconit. En outre apparaît une douleur dans le bras gauche, dont il avait souffert autrefois de temps en temps, en particulier lors de sa sciastique. Cette douleur est assez forte, surtout à l'épaule et au poignet. Mouvements spontanés impossibles. Mouvements provoqués douloureux. Ainsi, deux jours après l'opération, se montrent des douleurs rhumatis-

males, réveil de la diathèse sous l'influence du traumastime.

Le lendemain 6 Août. Levée du pansement, les points de suture n'ont pas tenu. Bords indurés et relevés. Noyau plus maigre d'induration à la partie externe du bord supérieur de la plaie.

La suppuration n'est pas encore franchement établie, presque plus de fièvre. Bouillons et soupe.

7. — Etat satisfaisant, plus de fièvre. — Poulet le matin, côtelette d'agneau le soir.

8. — La suppuration est complètement établie. Pansement simple renouvelé tous les jours.

10. — Au niveau du point induré signalé plus haut, il se produit un peu de sphacèle du bord de la plaie. A part cela, état local et général excellent. Le malade mange les 3/4.

12. — Les douleurs du bras gauche, intenses les trois premiers jours, ont presque entièrement passé. — Les jours suivants, toujours pansement simple précédé d'un lavage à l'eau alcoolisée. Le point de sphacèle a été limité, cicatrisation complètement terminée. Le malade sort.

OBSERVATION VII

(Dr J. Reboul, in *Bulletin de la Société anatomique de Paris*. 1888.)

Lipome de la cuisse d'origine traumatique.

M... Laurent, 50 ans, employé à la Compagnie du Nord, entre le 9 octobre 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, 7, service de M. le Dr Périer.

Le 25 février 1888, M... reçoit un choc de wagon sur la région trochantérienne gauche : vive douleur, marche impossible. Rapidement la région contuse se tuméfie et devient ecchymotique. Le malade est obligé de garder le lit. Un mois après M... peut reprendre son service.

De mars à juin, quoique se livrant à ses occupations habituelles, notre malade éprouvait, surtout dans le décubitus latéral

gauche, une certaine gêne dans la région trochantérienne qui était un peu empâtée.

En juin M... se décide à entrer à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Périer. Notre excellent collègue et ami Coudere, qui observait le malade à cette époque, nous dit qu'il présentait alors une tuméfaction diffuse de la région trochantérienne gauche, sensible à la pression en masse.

D'après les commémoratifs, on pensait à une résolution incomplète de l'épanchement sanguin consécutif à la contusion. Des applications de pointes de feu et de la compression, amenèrent une légère amélioration et le malade sortit de l'hôpital au commencement de juillet.

M... vient de nouveau à l'hôpital le 9 octobre, c'est à ce moment que nous l'observons.

Depuis deux ou trois semaines, la gêne qu'éprouvait le malade dans la hanche gauche a augmenté et le décubitus latéral du côté correspondant, détermine une véritable douleur. Dans la marche peu de chose, sauf un certain engourdissement du membre. A l'examen, on constate que la région trochantérienne gauche est tuméfiée. Cette tuméfaction est large, diffuse, limitée en arrière et en bas par une dépression brusque correspondant à la partie postérieure de la base du grand trochanter. La tumeur est un peu saillante, quoique étalée, d'une certaine dureté, mobile sur les plans profonds, sauf en arrière et en bas. Elle a environ 10 centimètres de diamètre dans les deux sens et sa partie culminante est à 17 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Au niveau de la tumeur, la peau est marbrée, un peu rosée ; diminution notable de la température locale. Légère douleur à la pression forte et surtout dans le décubitus latéral gauche. Spontanément, le malade éprouve dans la tumeur des sensations de picotements.

Il nous dit ne pas avoir remarqué une tumeur de cette région avant la contusion du mois de février.

Pas de troubles trophiques des membres inférieurs. Pas d'autres tumeurs semblables à la surface du corps. Bon état général.

Les révulsifs et les traitements antérieurs n'ayant donné aucun résultat, M. le docteur Périér décide d'intervenir. L'opération a lieu le 14 octobre. Après une incision de la peau d'environ douze centim., on trouve une masse abondante de tissu adipeux, lobulé, traversé par des tractus fibreux épais, unissant la peau aux parties profondes. La tumeur étant sectionnée dans toute son étendue, on arrive à un plan fibreux résistant, limitant une poche fluctuante sur laquelle repose la tumeur. L'ouverture de cette poche donne lieu à l'écoulement d'environ deux cents grammes d'un liquide séro-sanguinolent. Cette poche n'est autre que la bourse étendue sur la face antérieure de la cuisse. Le doigt introduit dans cette cavité ne peut en trouver les limites. Une petite partie de la paroi de la bourse séreuse et des surfaces cruentées est excisée ; un drain de moyen volume et de 10 cent. de longueur est introduit dans la cavité, et par ce drain on injecte environ 20 grammes de naptol camphré.

Quatre sutures profondes et six sutures superficielles au crin de Florence, assurent l'affrontement des lèvres de l'incision. Pansement au salol : poudre, gaze, ouate, maintenu par le collodion au salol.

18 Octobre. — On supprime le drain et deux sutures profondes.

La réunion est avancée. Pas de pus.

29. — On enlève les points de suture. Réunion complète.

31. — Cicatrisation absolue.

La tumeur qui fait l'objet de cette présentation est un lipome pur, lobulé, dont les tractus fibreux, épais, s'implantent sur la paroi externe de la bourse séreuse. A l'examen histologique, après coloration au picro carmin, on voit sur des coupes faites à l'union du lipome et de la bourse séreuse, et en allant des parties profondes aux superficielles : une couche de cellules aplaties reposant sur une couche épaisse de tissu conjonctif dense, homogène ; plus en dehors, les faisceaux de tissu conjonctif s'accusent et deviennent onduleux, ils sont séparés par des cellules conjonctives, enfin dans les couches périphériques ces fais-

ceux forment des mailles dans lesquelles sont contenues les agglomérations de cellules adipeuses.

Les vaisseaux assez nombreux dans les couches avoisinant le lipome, diminuent de nombre et de volume et finissent par disparaître dans la couche la plus interne formant la partie proprement dite de la séreuse.

C'est là un cas très net de développement d'une tumeur à la suite d'un traumatisme. L'influence du traumatisme (surtout des frottements) sur le développement où la production des lipomes est bien indiquée, comme cause banale pour l'étiologie de ces tumeurs, dans les ouvrages classiques, mais nous n'avons rencontré nulle part, pas plus dans les nombreuses observations de lipome que contiennent les Bulletins de la Société anatomique que dans les travaux sur ces tumeurs, l'influence de la contusion aussi nettement accusée. Il est vrai qu'il nous est impossible de savoir exactement si, avant la contusion, notre malade n'avait pas un lipome en voie de développement dans la région trochantérienne gauche. En tout cas ce n'est que depuis le traumatisme qu'il avait éprouvé de la gêne dans cette région et ce n'est que depuis cet accident qu'il avait remarqué cette tumeur dont le volume avait beaucoup augmenté en 7 mois.

OBSERVATION VIII (inédite)

(due à l'obligeance de M. le Docteur Reboul, chirurgien en chef
des Hôpitaux de Nîmes)

*Lipome douloureux de la face postérieure de la cuisse,
d'origine traumatique, présentant des rapports avec le nerf
sciatique.*

M^{me} X... de Tarascon, âgée de 41 ans, vient consulter le Dr J. Reboul, de Nîmes, le 21 mars 1899. Elle est porteuse de trois tumeurs. Une seule nous intéresse. Il y a 15 ans, M^{me} X. . fait une chute dans une tranchée et se fait des contusions à la partie gauche du corps en particulier à la région sus-claviculaire gauche,

le sein gauche, et la face postérieure de la cuisse gauche. Quatre ans après, en 1887, a apparu à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse une tumeur qui progressivement s'est accrue sans douleur. Depuis quelques mois M^{me} X... souffre de fortes douleurs névralgiques du sciatique gauche. Rien dans les antécédents de la malade n'explique l'apparition de cette maladie : reste la compression du nerf par la tumeur. C'est à cette hypothèse qu'on se rangerait si le palper ne faisait sentir la tumeur libre de toute compression mais présentant des rapports très intimes avec le nerf. A part cette douleur la tumeur présente tous les caractères d'un lipome. La malade n'a pas encore été opérée.

OBSERVATION IX (personnelle)

(recueillie dans le service du D^r J. Reboul, chirurgien en chef
des hôpitaux de Nîmes)

Lipome intramusculaire du triceps fémoral.

C... Rosalie, âgé de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, service du D^r J. Reboul, salle Fontaines, n° 21, le 21 janvier 1897. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels : 3 accouchements normaux, fluxion de poitrine à 35 ans, essoufflement et palpitations depuis 8 à 10 ans.

Il y a 2 ans, cette femme constata à la cuisse gauche, région externe et moyenne, une tumeur de la grosseur « d'une anchois » Depuis, cette tumeur a augmenté lentement sans causer la moindre gêne ni la moindre douleur. Cependant elle y a quelquefois éprouvé des fourmillements, des tremblements.

A son entrée à l'hôpital on sent à la partie moyenne de la région externe de la cuisse une tumeur ovalaire de 15 cent. de long sur 8 cent. de large. La consistance de cette tumeur est dure, la surface est lisse. Elle est mobile sur les plans profonds dans l'état de flaccidité des muscles, fixe au contraire pendant la contraction musculaire. La peau qui la recouvre est mobile sur elle.

La cuisse gauche mesure 54 cm. de circonférence, la cuisse droite 47 seulement.

Diagnostic : Lipome intramusculaire du triceps.

Opération le 4 février 1897. Chloroforme. Incision longitudinale de 15 à 17 cent. de long sur la partie culminante de la tumeur, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur est sous aponévrotique, la masse de la tumeur est régulièrement encapsulée sauf trois ou quatre lobules pédiculés enclavés dans le triceps. La tumeur repose sur un petit pédicule vasculaire. Ligatures Suture de l'aponévrose. Suture de la peau. Pansement. Le 15 février 1897 on enlève les fils. Réunion par première intention. Exeat.

OBSERVATION X

(Michon, in *Gazette des Hôpitaux* 1855)

Lipome sus aponévrotique de la cuisse Récidive sous aponévrotique.

La femme N..., blanchisseuse, âgée de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, issue de parents qui n'ont présenté aucune diathèse héréditaire, jouissant d'ailleurs habituellement d'une parfaite santé, s'aperçut pour la première fois au mois de juillet 1846, de l'existence d'une tumeur à la partie supérieure et externe de la cuisse droite. A cette époque, cette tumeur avait déjà le volume du poing. La malade effrayée, après avoir consulté plusieurs chirurgiens, alla trouver M. Michon.

Quand ce chirurgien vit cette malade pour la première fois, la tumeur avait un volume extrêmement considérable. Elle présentait ce caractère remarquable, qu'elle donnait à la main une sensation de fluctuation des plus trompeuses, au point que M. Velpeau qui avait été consulté un des premiers, avait cru avoir affaire à un abcès froid, et que M. Michon jugea prudent de faire une ponction exploratrice avec un trocart à hydrocèle ; il ne sortit rien par le trocart, où l'on trouva dans l'intérieur et à l'ex-

trémité de la canule une petite quantité de graisse. Le diagnostic ne laissant plus de doute, l'opération fut faite le 1^{er} janvier. Elle n'offrit aucune difficulté. Le lipome occupait son siège habituel, c'est-à-dire le tissu cellulo-adipeux. L'examen de cette tumeur permit de constater que son centre était occupé par un abcès contenant un pus phlegmoneux, et entouré d'une véritable membrane pyogénique. Dans l'exploration qui avait été faite, le trocart n'était pas arrivé jusque là.

La malade quitta l'hôpital le 6 février 1847, la guérison étant complète. Mais sept ans après, en 1853, elle s'aperçut qu'une nouvelle tumeur naissait au même point que la première. Reconnue dès son début, elle ne cessa de grossir, et le 6 mai 1855 la malade vint de nouveau réclamer les soins de M. Michon.

Son état général était excellent. Elle ne se plaignait que de l'incommodité que lui causait sa tumeur. A la partie externe de la cuisse droite, elle porte en effet une énorme tumeur oblongue suivant l'axe du membre, commençant à la racine de la cuisse, et se terminant à deux travers de doigt des condyles, tumeur élastique donnant dans certains points à la main exploratrice une sensation de mollesse qui approchait de la sensation de fluctuation, dans d'autres points une sensation de dureté et l'idée de tumeurs multiples perdues au milieu de la masse élastique. Cette sensation dernière était surtout appréciable à la partie supérieure. Cette tumeur présentait dans toute sa longueur et sur la ligne moyenne une cicatrice de deux travers de doigt et d'une longueur de 26 centimètres. La peau qui sillonne la masse laissait voir par transparence une masse de petites vémules extrêmement fines, surtout à la partie postérieure. La longueur de la tumeur était de 22 centimètres, la largeur de 25.

L'opération est pratiquée le 20 mai.

M. Michon fait une longue incision ovale comprenant dans tout son centre la cicatrice ancienne. Cette incision permet de reconnaître que la tumeur se trouve sous l'aponévrose, car celle-ci apparaît presque aussitôt avec son aspect blanc nacré, mais considérablement amincie. L'aponévrose enlevée avec la peau,

on arrive sur une masse lipomateuse non enkystée. Elle se présente sous l'aspect de tumeurs multiples pénétrant profondément entre les couches musculaires : aussi l'opération devient-elle laborieuse. Il faut les poursuivre jusque près du fémur : il faut les détacher des gaines musculaires qu'elles ont perforées, et enlever même quelques parcelles de muscles, sur lesquels elles ont empiété. Du sang s'écoule en obondance ; mais c'est plutôt une hémorragie en nappe ; une seule ligature est nécessaire,

Voici quels étaient les caractères de cette tumeur :

Prise en masse elle est ovoïde, pesant 2 k. 500 gr. Elle présente à sa partie externe une couche aponévrotique très mince, et sur certains points des fibres musculaires qui paraissent faire corps avec elle.

Elle est divisée en dix lobes, dont trois principaux, un médian et deux extrêmes : ces lobes principaux ont à peu près le volume d'une tête de fœtus. Les lobes extrêmes sont manifestement durs et formés par un tissu graisseux très dense ; le lobe moyen, au contraire, d'une mollesse remarquable, est constitué par une graisse presque liquide séoulant de la trame celluleuse qui l'entoure comme une huile très épaisse. Avant d'avoir fait écouler le contenu de ce lobe moyen, on pouvait constater de la fluctuation.

Chaque lobe et lobule sont séparés les uns des autres par un tissu cellulaire assez dense représentant pour le lobe moyen, une membrane enveloppante presque complète, et pour les autres une membrane à jour à travers laquelle la graisse fait saillie.

Les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide d'une bande roulée autour du membre et préalablement mouillée. Des compressees froides restent à demeure sur ce bandage.

Le 26 juin la plaie est presque cicatrisée. Il ne reste plus que quelques bourgeons charnus, que l'on cautérise, plus de suppuration. En avant de la cicatrice, le membre présente une saillie considérable derrière laquelle se trouve une dépression ; cette saillie correspondant au triceps, a fait perdre au membre sa rotondité.

La pièce a été soumise à un examen microscopique par M. Ch. Robin.

Voici quel a été le résultat de cet examen,

Structure de la tumeur décrite par M. Ch. Robin. — « Les masses nombreuses du tissu morbide qui m'ont été remises, remarquables par leur mollesse, leur surface lisse, lorsqu'elles n'ont pas été déchirées, offrent la structure suivante :

« Une mince couche de tissu cellulaire existe à leur surface ; elle se détache du tissu graisseux jaune qu'elle entoure, sans envoyer de filaments ni de lamelles dans son épaisseur.

« Quant au tissu graisseux lui-même, il se compose uniquement de vésicules adipeuses ayant 5 à 10 centièmes de millimètre de large et même plus. Elles sont comprimées les unes contre les autres, et devenues polyédriques par suite de ce fait ; mais, une fois isolées, elles reprennent leur forme ovoïde.

« On ne trouve que de loin en loin quelques fibres du tissu cellulaire et des vaisseaux capillaires entre les cellules graisseuses, tellement que l'ensemble de ces deux sortes d'éléments ne représente guère que la centième partie du tissu, dont le reste est entièrement représenté par les vésicules adipeuses. Aussi les lobes du tissu offraient-ils une uniformité de leur teinte jaune, plus marquée encore que dans le tissu graisseux normal. »

L'examen de cette tumeur avant l'opération a offert quelques particularités d'un intérêt plus particulièrement clinique, et sur lesquelles M. Michon a appelé l'attention des personnes qui l'entouraient. Il démontre que sa consistance n'était point la même sur tous les points ; ici on avait une sensation de mollesse qui en imposait pour de la fluctuation, là une sensation de dureté qui en imposait pour une tumeur solide. Les caractères contrastaient avec ceux qu'avait présenté le premier lipome enlevé sur cette femme, et qui offrait une consistance uniformément molle sur tous les points. Cette différence tenait à ce que dans le premier cas la tumeur était sous-aponévrotique, tandis que dans le second elle était sus-aponévrotique étant mobile, on pouvait faire contracter le membre, sans avoir l'idée qu'il était bridé par une

aponévrose, de telle sorte que ce caractère seul devenait une cause d'erreur pour le diagnostic du siège de la tumeur. Si l'on avait suivi pas à pas le développement de ce lipome, il est probable qu'au début on aurait reconnu qu'il ne jouissait d'aucune mobilité. Mais au moment où il fut observé pour la première fois, l'aponévrose avait dû perdre déjà tous ses caractères; elle ne consistait plus qu'en une toile mince sur laquelle on reconnaissait à peine quelques fibres du fascia lata, toile, qui, coiffant exactement la tumeur, la suivait dans tous ses mouvements.

OBSERVATION XI (Résumé)

(Trélat, in *Gazette des Hôpitaux*, 1882)

Lipome profond de la partie supérieure et antérieure de la cuisse.

Le malade est un homme maigre, mais d'une maigreur qui n'a rien de cachectique, ni de maladif, le dos est voûté, mais nous devons nous rappeler qu'il exerce le métier de colporteur depuis plus de 25 ans. Nous ne constatons rien dans sa démarche qui puisse tenir à l'ataxie locomotrice, pas de douleurs fulgurantes, nul trouble de la sensibilité ni de la marche, qu'il ait les yeux ouverts ou fermés. Il ne tousse pas, il n'a pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée, en un mot aucun des symptômes, de la tuberculisation pulmonaire; il n'a jamais eu d'hémoptysie, et tout ce que nous pouvons remarquer, c'est une très légère induration du sommet du poumon droit. Serait-il scrofuleux ? maintenant, non : mais il a été au moins très lymphatique témoin les traces d'adénites que nous voyons encore dans la région inguinale.

Lorsque nous l'avons examiné nous avons constaté l'existence à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite, d'une tuméfaction considérable, qui était très douloureuse au toucher le jour et le lendemain de son entrée. Mais, hier j'ai pu la palper de toutes les façons sans développer aucune douleur; elle était

absolument insensible. Les téguments qui recouvrent cette tumeur n'ont subis aucune modification. Les muscles de la région se contractent facilement, à la flexion et à l'abduction ils se dessinent nettement, mais il en est pas de même du droit antérieur. La cuisse peut-être fléchie facilement. La tumeur que nous observons est donc située sous les muscles superficiels de la région.

L'artère fémorale est soulevée par la tuméfaction; l'on voit très nettement ses battements à travers les tissus qui la recouvrent. De plus, la tumeur n'entravant en rien les mouvements de l'articulation coxo-fémorale, n'intéresse pas celle-ci, n'en provient pas, ne l'entoure pas immédiatement, en un mot, n'a aucun rapport avec cette articulation.

Cette tuméfaction est limitée en haut par l'arcade fémorale; en bas, elle s'étend de façon qu'il est impossible de la circonscrire, et elle paraît cesser immédiatement vers la partie supérieure du triangle de Scarpa. Quant à savoir si elle est fluctuante, il faut, pour se prononcer avec quelque certitude, y regarder à plusieurs fois et avec le plus grand soin, et ce n'est qu'après un examen des plus attentifs que je puis répondre négativement. Cette tumeur est molle et sa consistance est celle d'un lipome. De plus, le palper du ventre nous fait reconnaître un cordon dur, indolent, sans fluctuation et parallèle au muscle psoas-iliaque. Le diagnostic est en somme très difficile: Serait-ce un abcès par congestion, d'origine vertébrale, apparaissant dans l'aîne? Mais nous ne trouvons ni la fluctuation d'une vaste tumeur ni de douleur le long de la colonne vertébrale.

Le malade ne présente rien d'un ataxique. Nous ne pouvons donc pas penser à une de ces tuméfactions considérables siégeant au niveau des grandes articulations et ayant les apparences d'une sorte de lipome.

En réfléchissant que cet homme voyageait constamment en Espagne, qu'il était allé autrefois dans les Antilles, la pensée m'est venue que nous pourrions peut-être avoir affaire à quelque dilatation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques qui sont

superficiels aux muscles. La tumeur n'a, du reste, ni la forme vermiculaire ni la lobulisation d'une tumeur ganglionnaire.

Les différentes tumeurs que nous venons de passer en revue étant ainsi écartées, il nous reste tout simplement un lipome, lipome profond développé chez un malade à apparences morbides étranges. La tumeur n'occasionnant ni gêne ni douleur, je ne trouve nullement nécessaire de la lui enlever, d'autant plus que, par sa situation, elle ne compromet en rien la beauté de ses formes.

OBSERVATION XII

(Viennois, in *Mémoires de la Société des Sciences médicales de Lyon*, 1864-1865).

Lipome profond de la cuisse adhérent à la branche descendante du pubis.

Nous croyons devoir faire connaître un nouveau cas de lipome profond de la cuisse, du poids de 6 kilogrammes, enlevé dernièrement avec succès par M. Ollier.

La personne sur laquelle a été pratiquée l'opération est une dame âgée d'environ 40 ans. Elle s'aperçut au mois de novembre 1863, qu'une grosseur lui venait à la cuisse. Il n'y avait pas de douleurs ni d'élancements. Dans les derniers temps, la tumeur fit des progrès rapides; traitée pendant un an par les médecins homœopathes, elle ne fit qu'augmenter. Le 3 mai 1864, la malade se présente à M. Ollier dans l'état suivant :

La tumeur siège à la partie interne et supérieure de la cuisse recouverte par l'aponévrose; elle n'a aucune adhérence avec la peau, ni avec le tissu cellulaire sous-cutané. Elle paraît au premier abord adhérente aux parties profondes; mais en faisant fléchir la cuisse et en commandant à la malade de ne faire aucun effort musculaire, on reconnaît que le fémur est complètement libre. Relativement au bassin, la tumeur paraît adhérente à la branche descendante du pubis et se trouve accolée contre la membrane obturatrice. La peau présente au niveau de la tumeur

des varices assez prononcées et de divers calibres. Mais cet état est purement local ; il n'y a pas de varices à la jambe, et le cou-de-pied n'est jamais œdématié.

L'opération est pratiquée le 10 Mai 1864 en présence de M. Barrier. La malade étant placée sur un lit élevé, on fléchit la cuisse sur le bassin à angle droit, et on pratique sur la face postérieure et interne de la tumeur une incision de 40 centimètres de longueur. On en pratique ensuite une deuxième dans le même sens, de manière à circonscrire une ellipse de 8 centimètres dans son plus grand axe, et comprenant la portion de la peau qui était parcourue par les veinules variqueuses que nous avons signalées. La première incision divise du premier coup la peau et le fascia sous-cutané ; on incise ensuite l'aponévrose sous laquelle on découvre la tumeur qui fait un peu hernie à travers les lèvres de l'incision, et qui paraît d'abord formée d'énormes lobes graisseux. En disséquant de chaque côté de l'incision, on trouve des fibres musculaires décolorées qui sont étalées sur une tumeur. On introduit la main sous l'aponévrose pour en isoler les différents lobes. On rencontre bientôt en avant un sillon profond où s'engageait la portion du droit interne qui n'avait pas été sur la surface. On dissèque le muscle de bas en haut, dans une étendue de quinze centimètres ; mais, arrivé là, on le trouve réduit à un faisceau excessivement étroit, décoloré, se confondant avec du tissu cellulaire et quelques vaisseaux, et comme on juge que sa conservation n'est d'aucune utilité, on le coupe.

On s'occupa alors de disséquer un lobule plus profond, sur lequel se trouvaient encore étalées quelques fibres musculaires. On les écarte ou on les déchire avec la main, et on isole, de ce côté-là, la tumeur. Les faisceaux musculaires appartenaient à l'adducteur superficiel et à l'adducteur moyen. - On dissèque ensuite avec la main la tumeur en arrière, et on dégage deux énormes lobules qui s'enfongaient sous la fesse et la partie postérieure de la tumeur qui paraissait solidement bridée. L'opérateur passe la main en dedans de cette grosse masse et la sépare de la même manière de ses adhérences profondes, en écartant

ou en rompant quelques fibres musculaires interposées entre des lobules graisseux. A la partie supérieure, la tumeur est appliquée contre le trou obturateur ; on la sépare facilement de l'obturateur externe. Mais on trouve une adhérence plus solide au niveau de la branche ischio-pubienne. On les détruit encore avec la main, et la tumeur ne tint alors que par un point où elle paraissait adhérente à l'os. On la dégagea cependant de la même manière, en faisant éclater une lamelle osseuse de trois ou quatre millimètres de largeur sur quinze millimètres de longueur. La tumeur fut alors extraite, et on eut ainsi sous les yeux une immense cavité au fond de laquelle on distinguait le fémur, l'ischion et le pubis. Grâce au procédé employé, on n'eut qu'une hémorrhagie insignifiante. Les veines sous-cutanées qui avaient donné du sang lors de la première incision tarirent bientôt, et l'on n'eut que quatre ligatures artérielles à faire dans la profondeur de la plaie. On se rendit compte de l'état des muscles intéressés ; on vit que le droit avait été coupé et les fibres les plus internes des deux moyens adducteurs déchirées en partie. La plaie qui avait 40 centimètres au moment de la première incision se réduisit de plus de moitié par la rétraction de la peau : on appliqua quelques points de suture entrecoupés au moyen de fils métalliques, et on appliqua une grosse mèche ; on fit un pansement simple, et la malade fut placée dans la position définitive qu'elle devait occuper, c'est-à-dire les genoux maintenus élevés par un traversin.

La masse graisseuse enlevée pèse environ 6 kilog (5750 gr.) La plaie a été réunie par première intention dans une certaine étendue par des fils métalliques. Toute cette portion s'est cicatrisée immédiatement. La peau est revenue sur elle-même, et un mois après l'opération, le trou profond duquel on avait sorti la tumeur se réduisit à si peu de chose que c'est à peine si on put loger une mèche de la grosseur du doigt indicateur. La plaie qui reste encore, longue de 7 centimètres, se comble de jour en jour. La malade s'est levée depuis quelques jours. Elle a mangé de très bonne heure, et on a administré pendant les quinze premiers

jours les reconstituants, tels que fer et vin de quinquina. Il n'y a pas eu trace d'érysipèle, seulement les bords de la plaie se sont engorgés à deux ou trois reprises à un centimètre et demi de la ligne de réunion. Quelques cataplasmes ont suffi pour faire disparaître ce petit incident.

Le sulfate de fer en solution a été employé dès le commencement pour prévenir les érysipèles. On en imbibait de grosses mèches destinées à rester à demeure dans le fond de la plaie.

Actuellement (1^{er} juillet), la malade peut être considérée comme guérie. Il ne reste qu'une petite plaie en haut de la cuisse. La malade marche ; elle a tous les mouvements normaux du fémur. L'adduction se fait très facilement.

Des renseignements ultérieurs ont fait connaître sa complète guérison.

Un point assez intéressant dans l'histoire de cette tumeur, c'est l'adhérence qu'elle avait contractée avec la branche descendante du pubis. Cette adhérence ne peut être que secondaire, car la tumeur ne s'est pas développée entre le périoste et l'os ; il n'y a pas de tissu graisseux qui puisse lui donner naissance. L'explication la plus acceptable nous paraît être la suivante : bridée par les fibres musculaires du premier adducteur, et fortement appuyée contre l'os pendant une certaine période de son évolution, la tumeur a pu user le périoste ou plutôt se confondre avec lui et alors adhérer à la substance osseuse.

Ce qui prouve que la tumeur a été longtemps bridée par les masses musculaires, c'est qu'elle s'est pour ainsi dire sectionnée en plusieurs lobes sur les faisceaux des muscles qui faisaient obstacle à un développement excentrique. Nous avons signalé surtout la scissure profonde dans laquelle s'enfonçait le droit interne.

OBSERVATION XIII

(Jalaguier — *Société de Chirurgie*, mars 1899)

*Lipome intra-musculaire de la cuisse à marche rapide. —
Forme et limites de la tumeur nettement révélées par la
radiographie. — Extirpation. — Guérison.*

J'ai vu pour la première fois cette jeune fille le 20 janvier dernier. Elle s'était aperçue quinze jours avant mon examen, de l'existence d'une tuméfaction assez considérable à la partie supéro-externe de la cuisse gauche; la tumeur s'était développée sans réaction sans le moindre phénomène douloureux. Je trouvais une tumeur du volume du poing, sans modification de la peau. Cette tumeur était profonde, manifestement intra-musculaire. Ses limites étaient peu nettes et sa consistance assez ferme, cependant on y découvrait une fluctuation obscure. La pression n'était nullement douloureuse.

La jeune fille affirmait que la tumeur n'existait que depuis une quinzaine de jours. Elle en attribuait l'origine à une chute dans un escalier, qu'elle avait faite il y a huit ans.

Mon diagnostic fut assez indécis: je pensai cependant, étant donnée la marche rapide, à une tumeur maligne sous-aponévrotique, à un myxosarcome. A tout hasard, je conseillai le traitement spécifique, qui fut institué par Méry, et continué pendant quinze jours sans aucun résultat.

Entre temps Méry avait eu l'idée de faire radiographier la cuisse par M. Radiguet. Ce sont ces radiographies que je vous présente. On constate l'intégrité absolue du fémur. On constate de plus, au niveau de la partie qui correspond à la tumeur, une zone plus claire limitée par deux lignes elliptiques très nettes. Cette radiographie semblait donc montrer que le néoplasme, quelle qu'en fût la nature, était bien limité.

Je revis la malade le 17 février: la tumeur avait considérablement augmenté de volume; elle s'était étalée vers la face

antérieure. De nombreuses veinosités sillonnaient la peau. La malade qui n'avait pas quitté le lit depuis trois semaines, éprouvait quelques douleurs irradiées vers le genou. La consistance était devenue si molle et la fluctuation si nette que je me décidai à faire une ponction exploratrice. Pratiquée avec un gros trocart, cette ponction fut absolument blanche ; pas même une goutte de sang ne s'écoula par la canule.

Etant donnés les renseignements fournis par la radiographie, je résolus d'intervenir. Je croyais toujours avoir affaire à un sarcome ; cependant j'avais pensé à un lipome et je n'avais écarté ce diagnostic qu'en raison du développement rapide de la tumeur.

L'opération fut pratiquée le 22 février. Après avoir traversé toute l'épaisseur du muscle vaste externe, j'arrivai sur une tumeur molle, lobulaire, encapsulée, entourée d'une atmosphère cellulaire lâche. C'était un lipome que je pus avec la plus grande facilité énucléer et faire basculer. Il adhérait par un pédicule large de deux ou trois centimètres carrés à la face profonde du muscle vaste externe. La tumeur avait 15 centimètres dans son plus grand diamètre.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un lipome pur. La malade est aujourd'hui guérie.

Je ne vous ai présenté cette pièce que parce que c'est un exemple rare de lipome à marche rapide, parce que son origine est probablement traumatique ; enfin, parce que la radiographie m'a rendu les plus grands services au point de vue de la détermination précise des limites de la tumeur.

CONCLUSIONS

1. — Le lipome pédiculé de la cuisse siège à peu près toujours à la partie supérieure de la face interne.

2. — Les lipomes à pédicule mince s'ulcèrent facilement.

3. — A la cuisse comme ailleurs, le traumatisme peut souvent être invoqué comme cause de la formation du lipome.

4. — Le lipome profond est souvent d'un diagnostic difficile et la ponction exploratrice est souvent nécessaire pour trancher les débats.

5. — Certains lipomes présentent une évolution rapide et simulent ainsi un sarcome.

6. — A moins de transformation sarcomateuse le lipome de la cuisse est d'un pronostic bénin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA. — Traité des tumeurs, 1886, I.
- CHOPART. — Essai sur les loupes, *in* mémoire sur les sujets proposés pour le prix de l'Académie royale de chirurgie, 1878, T. x.
- CORNIL et RANVIER. — Hist. path., I, 194.
- CRUVEILHER. — Anatomie path., 1856, III.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 1897, T. I; 1890, T. VIII.
- GROSCH. — Studien ueber das lipom, *in* Deutsche Zeitschrift für chirurgie Leipziz, 1887, T. xxvi.
- GROSS, RHOMER, VAUTRIN, ANDRÉ. — Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale, 1898.
- LARDIER. — *Revue Médicale de l'Est*, Nancy 1884.
- MARFAN. — *Gazette Méd. de Paris*, 1882.
- NÉLATON. — Éléments de path. chirurg., 1868.
- POLAILLON. — *France Méd.* Paris, 1881.
- OZENNE. — *Journal de Méd.* Paris, 1889.
- RECLUS. — Manuel de path. ext., 5^e édit.
- TILLAUX. — Clinique chirurgicale, II.
- VELPEAU. — *Gazette des Hôpitaux*, 1861.
- VERNEUIL. — *Société de Biologie*, 1854.
- VIRCHOW. — Path. des tumeurs. Tr. de Arronshon, 1867.
Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1888, 1896.
Bulletin de la Société de chirurgie, 1874, 1899.
Mémoires de la Société des Sciences Médicales de Lyon, 1864.
Gazette des Hôpitaux, 1879, 1882.
Marseille Médical, 1878.
Montpellier Médical, 1874.
Charité-Annalen, 1883.
Dictionnaire Enc. des Sciences Médicales, 2^e s., 2^e v.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 Avril 1899.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

A. SABATIER.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 21 Avril 1899.

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

Dr HAMELIN.

